

## **МЕСТНАЯ РЕАКЦИЯ ОКРУЖАЮЩИХ ТКАНЕЙ ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКОЙ**

***Шиленок В.Н., Мосеева А.М., Волкович Т.К.***

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

В последние годы при рецидивных и вентральных грыжах предпочтение отдается безнатяжным методам пластики. Широкую популярность завоевали сетки из пропилена, так как они в меньшей степени в отличие от капроновых и лавсановых вызывают явления воспалительного характера и реже подвергаются отторжению.

Однако нередко вокруг сеток образуются гематомы или «серомы» потенциально опасные при их инфицировании, что может привести к отторжению и вынужденному удалению аллопластического материала.

С целью предупреждения образования сером применяются дренажи с активной аспирацией по Редону, которые удаляют на 5-6 сутки после операции, иногда и позже. Вместе с тем длительное нахождение дренажей около сетки может спровоцировать инфицирование серомы, поэтому мы полагаем, что дренажи нельзя держать более 4-5 суток и в последующие дни опорожняем серомы методом пункции. Пункцию считаем показанной, если при УЗИ-контроле толщина слоя жидкости над сеткой превышает 1,5 см. При пункциях, как правило, производим цитологическое исследование пунктата.

Нами исследовано 6 больных с гигантскими рецидивными вентральными и паховыми грыжами. Всем больным после удаления

дренажей на 2-4 сутки проводился УЗИ-контроль и при необходимости пункция с цитологическим исследованием. Пятерым больным выполнена герниопластика по методу «onlay» и одному «inlay-onlay». Серомы наблюдались в 4 случаях. У этих больных проводились пункции с последующим цитологическим исследованием.

У всех исследуемых в ближайшем послеоперационном периоде цитологически не выявлено признаков воспаления: обнаруживался белковый преципитат, эритроциты, единичные лейкоциты.

У одного больного, которому ранее производилось несколько операций по поводу рака предстательной железы, после чего был наложен надлобковый свищ, выполнена кастрация и проведена лучевая терапия, выявлен дефект паховой области слева 15 x 20 см. Ему была выполнена герниопластика «inlay-onlay». Больной выписан на амбулаторное лечение и ему проводились пункции 1 раз в неделю с последующим цитологическим исследованием. Через месяц после операции перенес травму области гипогастрия. Количество жидкости при УЗИ резко возросло, а цитологическое исследование показало большое количество лейкоцитов 55-60 в поле зрения, среди которых 84 сегментоядерных, 4 моноцита, 12 лимфоцитов. В жидкости обнаружены нити фибрина. Серома вскрыта, дренирована и наложено капельное промывание полости антибиотиками. Постепенно явления воспаления уменьшились, сетку удалось сохранить, и больной выписан в удовлетворительном состоянии. В данном случае цитологическое исследование позволило избежать нагноения в области раны и отторжения сетки.

Заключение:

1. При герниопластике с имплантированием сеток целесообразно всем больным проводить УЗИ-исследование не реже одного раза в неделю в течение 4-6 недель.
2. При толщине слоя жидкости более 1-1,5 см необходимо пунктировать и удалить жидкость с последующим цитологическим исследованием.
3. При выявлении в пунктате большого количества лейкоцитов, дегенеративных клеток и фибрина целесообразно накладывать проточное дренирование для профилактики нагноения и отторжения трансплантата.